



www.unimedbotucatu.coop.br  
Rua Major Leônidas Cardoso, nº43  
18600-140 Centro, Botucatu - SP  
T. (14) 3811-4500

## CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS

DATA ADMISSÃO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° CONTRATO: [ ] PLANO: [ ] DATA INSCRIÇÃO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

INCLUSÃO TITULAR  TITULAR E DEPENDENTE (S)  SOMENTE DEPENDENTE (S)

### DADOS DO (A) TITULAR

NOME: [ ]  
SEXO: [ ] ESTADO CIVIL: [ ] DATA NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
CPF: [ ] PIS/PASEP: [ ]  
RG: [ ] ÓRGÃO EMISSOR: [ ]  
END: [ ] N°  
BAIRRO: [ ] CEP: [ ] TELEFONE: [ ]  
CIDADE: [ ] ESTADO: [ ]  
PROFISSÃO: [ ]  
NOME DA MÃE: [ ]  
E-MAIL: [ ]

### DADOS DO (S) DEPENDENTES (S)

DESCRIÇÃO GRAU: [ ] NOME: [ ]  
SEXO: [ ] ESTADO CIVIL: [ ] DATA NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
NOME DA MÃE: [ ]  
CPF: [ ] RG: [ ] ÓRGÃO EMISSOR: [ ]

### DADOS DO (S) DEPENDENTES (S)

DESCRIÇÃO GRAU: [ ] NOME: [ ]  
SEXO: [ ] ESTADO CIVIL: [ ] DATA NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
NOME DA MÃE: [ ]  
CPF: [ ] RG: [ ] ÓRGÃO EMISSOR: [ ]

### DADOS DO (S) DEPENDENTES (S)

DESCRIÇÃO GRAU: [ ] NOME: [ ]  
SEXO: [ ] ESTADO CIVIL: [ ] DATA NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
NOME DA MÃE: [ ]  
CPF: [ ] RG: [ ] ÓRGÃO EMISSOR: [ ]

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO TITULAR

\_\_\_\_\_  
NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL  
CARIMBO DA EMPRESA



www.unimedbotucatu.coop.br  
Rua Major Leônidas Cardoso, nº43  
18600-140 Centro, Botucatu - SP  
T. (14) 3811-4500

## **DOCUMENTAÇÃO PARA INCLUSÃO DE TITULARES E DEPENDENTES**

- Planilha de cadastro preenchida e assinada pela empresa e funcionário (anexa);
- Cópia do RG de todos os beneficiários e Certidão de Nascimento quando menor;
- Cópia do CPF de todos os beneficiários;
- Cópia do Cartão Nacional do SUS (caso o beneficiário já possua);
- Cópia do comprovante de endereço do funcionário (recente – últimos 30 dias);
- Certidão de Casamento ou Declaração Pública de União Estável (feita em cartório) no caso de inclusão do cônjuge como dependente.

Obs.: A comprovação do vínculo empregatício será emitida pelo Departamento RH.

**TODA DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ SER ENTREGUE NO DEPARTAMENTO DE RH.  
PRAZO PARA ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE ATÉ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.**